

1 本邦における呼吸不全データベースの現状と構築の必要性

日本呼吸療法医学会・急性呼吸不全実態調査委員会、研究協力者*

○松川 周、多治見公高、氏家良人、妙中信之、武澤 純、磨田 裕、天羽敬祐、岡元和文*、今泉 均*

呼吸不全に対する新たな治療法の評価や治療成績の比較をするためには、その発生率や重症度、予後などに関する基礎的なデータが不可欠である。呼吸不全とくに ARDS 概念が提唱されてから、その発生率や死亡率については様々な報告がなされてきた。発生率に関する欧米の従来の報告を表にまとめた。

報告者	調査地	発生頻度(/人口10万)
Villar	カリブ諸島	1.3-3.5
Lewandowski	ベルリン	3.0
Webster	英国	4.5
Thomsen	ユタ州	4.8-8.3
Fowler	デングァー	5.2
Evans	サンフランシスコ	25
NIH	?	71

これらの報告は prospective、retrospective 様々で、表に示すように地域により、報告により ARDS の発生率は大きく異なる。また、ARDS の死亡率も 10-90%と報告によってまちまちである。このような差異が生ずる原因は、①対象となる急性呼吸不全の基礎疾患の病態が多様であること、② ARDS の定義が同一でないこと、③治療法が異なっている可能性があること、④背景人口が異なっていること、などによるものと考えられる。

このような差異を克服するために、1992年に American-European Consensus Conference on ARDS が開催され、定義についても一応の意見の一致がみられた。それによると、ARDS は ①急性の転帰をとり、②PEEP の有無によらず P/F 比が 200mmHg以下で、③胸部X-Pにて両側肺野に浸潤影を認め、④PAOP が 18mmHg 以下であるものと定義される。このように一定の基準をつくって共通の認識を持つようとする動きがある一方で、治療や研究の際の様々

なバイアスを除外するためにコンピュータを使用した治療プロトコルの作製やその活用の方向性も示されてきている。

これらの欧米の動きに対して、本邦では年間に発生する ARDS 患者の概数すら明らかではなく、まして prospective な呼吸不全データベース構築の試みはこれまで見当らなかつた。呼吸不全に関しての比較的母集団の大きな報告としては、昭和58年度厚生省特定疾患「呼吸不全」調査研究班研究業績の中の呼吸不全の実態調査と、1991年の宮城らの沖縄における ARDS の統計があるのみである。これらはいずれも retrospective な研究で主として疫学的立場より解析されており、人工呼吸法、薬物療法の差異や予後に影響する因子などの解析に乏しい。特に前者は呼吸不全の定義に明確なものがなく、ARDS については全く触れられていない。

このような背景から、本学会の急性呼吸不全実態調査委員会を中心として、9大学の集中治療施設および救急救命施設における急性呼吸不全に関する予備的なデータベース構築の試みが行われた。その詳細については後の2題の報告に譲るが、今後本邦において新たな換気モードや治療薬などの効果について、その有効性を検討するためには、呼吸不全の定義や疾患の重症度を明確にした、より母集団の大きなデータベースの構築が不可欠であると考えられる。